



S.A. Compañía de Seguros

## Declaración Jurada de Salud

**Casa Central:** Lavalle 482 - 11° piso - (1047) CAPITAL FEDERAL - Tel./Fax: (011) 51284300 / e-mail: casacentral@beneficiosa.com.ar  
**Sede Administrativa:** Salta 1556 - (2000) ROSARIO - Tel./Fax: (0341) 516 8385 / 6 / 7 / e-mail: beneficio@beneficiosa.com.ar  
**Agencia Salta:** Belgrano 808 - (4400) SALTA - Tel./Fax: (0387) 431 5650 / e-mail: salta@beneficiosa.com.ar  
[www.beneficiosa.com.ar](http://www.beneficiosa.com.ar)

### DATOS DEL SOLICITANTE:

Se considera Ud. sano.? .....De que padece ?.....  
Tiene o ha tenido enfermedad grave en los últimos años?.....Cuál?.....  
Ha sufrido Ud. algún accidente, herida o intervención quirúrgica ? ..... En qué consistió ? .....  
Perdió peso en el último año? ..... Razón ?.....  
Visita al médico frecuentemente?.....Frecuencia:.....  
Realiza usted deportes ?..... Cuáles ?.....  
Fuma?:.....Cantidad:.....Bebe ?.....Cantidad:.....Es zurdo? .....  
Tiene algún defecto físico?.....Cuál?.....  
Es sordo/a total o parcial?.....  
Estatura.....mts Peso:.....kg.

Releva del secreto profesional, en cuanto se relacione con el seguro solicitado, a los médicos que le han examinado o que le asistan o examinen en lo futuro? .....

RETICENCIA O FALSA DECLARACION (Art- 5º párrafo 2º Ley 17418) - Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado titular o los asegurados adherentes aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Aseguradora hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato y/o los certificados, según el caso.

No se cubren Enfermedades Preexistentes ni las Consecuencias de Cirugías Practicadas. Se entiende por Enfermedad Preexistente: Enfermedad o anomalía de tratamiento médico y/o quirúrgico y sus complicaciones, las que por su historia natural requieren para su desarrollo de un período de tiempo científicamente establecido y habitualmente de varios meses.

Autorizo a BENEFICIO S.A. Compañía de Seguros de Vida, Salud y Sepelio, a obtener toda información médica adicional, que ésta necesite, con relación a la indemnización a reclamar y relevo del secreto profesional a los médicos que me asistan o examinen en el futuro. Nombre de médico/s y establecimiento/s asistencial/es:

En ....., el.....de.....de 20.....

-----  
Firma del Solicitante

-----  
Aclaración